

Додаток 2  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 2 липня 2025 р. № 781)

**ВІДОМОСТІ**  
про стан матеріально-технічної  
бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього  
і кваліфікаційного рівня

**КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОСВІТИ «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3»**

(повне найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи —  
підприємця)

Загальна інформація

1. Інформація про спеціальності медичних працівників, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики:

лікарські: \_\_\_\_\_

молодші спеціалісти з медичною освітою: сестринська справа

фахівці з реабілітації: \_\_\_\_\_

фармацевтичні\*: \_\_\_\_\_

2. Режим роботи здобувача ліцензії або ліцензіата

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Режим роботи (зазначається день тижня, година початку та закінчення роботи та/або цілодобово)
1	м. Київ, вул. Т.Шевченка, буд.15	Режим роботи понеділок – п'ятниця з 08.00 до 16.00, Вихідні: субота, неділя

3. Інформація про види медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна) та реабілітаційної допомоги, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога	Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації
1	м. Київ, вул. Т.Шевченка, буд.15	спеціалізована медична допомога	сестринська справа

4. Інформація про наявність вивіски на вході до приміщення за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:

Медичний кабінет КЗО «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3»

(найменування та вид закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (відокремленого

структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи — підприємця

зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться господарська діяльність з медичної практики,

прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця, торговельна марка здобувача ліцензії або ліцензіата (за наявності)

5. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу\*\*:

реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу:

Наказ про створення Медичного кабінету КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ОСВІТИ «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3» від 01.02.2022 №35

Положення про Медичний кабінет КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ОСВІТИ «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3», затверджене наказом від 01.02.2022 №36

(статут (положення) закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності)

структура закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (у довільній формі) медичний кабінет

6. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням\*\*\*:

Розпорядження Подільської районної в м.Києві державної адміністрації від 01.01.2020 № 5

(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)

Інформація про приміщення:

нежитлове приміщення	так <input checked="" type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
окреме приміщення	так <input checked="" type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
приміщення в нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу	так <input type="checkbox"/>	ні <input checked="" type="checkbox"/>
ізольоване (має окремий вхід)	так <input checked="" type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
вбудоване (прибудоване)	так <input type="checkbox"/>	ні <input checked="" type="checkbox"/>

7. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення\*\*\*\*

Порядковий номер	Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який підписав зазначений документ)	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність, для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення (область, місто, вулиця, провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності))	Дата видачі та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність, для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення
1	ТОВ «БУДЕКСПЕРТ», код ЄДРПОУ 43043000, директор Шевченко Лариса Василівна	м. Київ, вул. Т.Шевченка, буд.15	№ 123 від 30.12.2023

8. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю лікарськими засобами (необхідне позначити):

так

ні

9. Реквізити договору про оброблення медичних відходів:

Договір про оброблення медичних відходів від 01.01.2025 №5 з «ТОВ Утільвторпром»

(дата укладення, номер договору, з ким укладено та на який період)

Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики

10. Перелік приміщень закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи — підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)\*\*\*

Порядковий номер	Найменування відокремленого структурного підрозділу	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію	
			найменування	кількість		
МЗ	Медичний кабінет КЗО «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3»	Медичний кабінет (Сестринська справа)  Площа: 17.00 кв.м.	Стіл письмовий МВ Виробник: «Львівтрейдсервіс», Україна	1	Задовільний, 2019 р.	
			Стілець Виробник: Компанія «Заповіт» Україна	3		Задовільний, 2019 р.
			Шафа для документів Виробник: фірма «Мрія-3», Україна	1		Задовільний, 2019 р.
			Рукавички оглядові нітрилові нестерильні Виробник: Україна	10 пар		Задовільний, 2022р.
			Шприци ін'єкційні одноразового використання 2 мл, 5 мл, 20 мл з голками Medisage	15		Задовільний, 2022 р.
			Стетофонендоскоп Microlife ST 77 Виробник: Microlife AG, Швейцарія	1		Задовільний, 2019 р.
			Катетер внутрішньовенний різних розмірів (16G - 22G) Medisage	2 шт. кожного розміру		Задовільний, 2023 р.
			Джгут венозний, Виробник: ТОВ «Київгума» Україна	1		Задовільний, 2023 р.

Маска-клапан для штучної вентиляції легень ТОВ «Фарммедальянс»	1	Задовільний, 2023 р
Механічний виріб для зупинки кровотечі (турнікет типу САТ або типу SWAT) виробник ТМ СІЧ	2	Задовільний, 2023 р
Серветка спиртова ТОВ «Допомога 1»	10	Задовільний, 2023 р.
Система для переливання інфузійних розчинів Виробник: "Біомед" м.Київ, Україна	2	Задовільний, 2011 р.
Пластир для фіксації катетера внутрішньовенного ТОВ «Ламед»	3	Задовільний, 2023р
Лейкопластир на нетканій основі завдовжки 3 - 5 м, завширшки 2 - 3 см ТОВ «Ламед»	1	Задовільний, 2023 р
Опромінювач бактерицидний ОБН-1-30 Виробник: ПП «Заповіт», Україна	1	Задовільний, 2018р
Шинана кінцівку для надання першої допомоги, Україна	2	Задовільний, 2021 р
Бинт еластичний нестерильний, ТОВ «Укрмедтекстиль»	10	Задовільний, 2023 р

		Серветка марлева стерильна ТОВ «Допомога 1»	10	Задовільний, 2023 р
		Дезінфекційний засіб для обробки рук і шкіри 100 мл	1	Задовільний, 2023 р
		Тонометр механічний з малими, середніми і великими манжетами ВК 2001-3001 Виробник: ТОВ «ТЕСПРО», Україна	1	Задовільний, 2015 р.
		Аптечка Виробник: "Компанія Заповіт" Україна	1	Задовільний, 2021 р
		Сумка-укладка для зберігання, транспортування медичних виробів	1	Задовільний, 2020 р
		Термометр цифровий Неасо MDI907 Виробник: Неасо, Китай	1	Задовільний, 2023 р
		Термометр Медичний Microlife MT 3001, Швейцарія	1	Задовільний, 2023 р
		Ножиці медичні тактичні Україна	100	Задовільний, 2023 р
		Шпателі одноразового використання Україна	50	Задовільний, 2023 р
		Пінцети одноразового застосування ТОВ «Техно комплекс»	10	Задовільний, 2023 р
		Шафа для зберігання лікарських засобів та медичних виробів Україна	1	Задовільний, 2020 р
		Ємкість для знезараження термометрів ЕДПО-1,	1	Задовільний, 2012 р

			Виробник: ВАТ «Еламед», Україна		
			Кушетка медична Well-2	1	Задовільний, 2020
			Гігрометр ВІТ-1 Україна	1	Новий, відмінний, 2023
			Ростомір підлоговий медичний Україна	1	Задовільний, 2020
			Ваги медичні Momert 5831 Виробник: Momert, Угорщина	1	Задовільний, 2020
			Відро медичне педальне	1	Новий, відмінний, 2023
			Ємність для дезрозчинів	1	Новий, відмінний, 2023
			Дозатор настінний для дезінфектанта, Україна	1	Новий, відмінний, 2023, власність
			Диспенсер для одноразових паперових рушників	1	Новий, відмінний, 2023, власність

Загальна площа приміщень: 17.00 кв. метрів.

### Кадрове забезпечення

11. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам лікарів (зокрема керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу) та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада, на яку буде зараховано	Основна робота або робота за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким

						видано, категорія) (за наявності)
--	--	--	--	--	--	--

12. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною освітою

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада, на яку буде зараховано	Основна робота або робота за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата видачі, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)
1	Гончаренко Олена Іванівна	сестра медична	основна	Диплом молодшого спеціаліста від ____ № ____, Уманський медичний фаховий коледж, спеціальність «Сестринська справа»	Свідоцтво від ____ №__ про проходження підвищення кваліфікації (фельдшери, м/с шкіл, дошкільних закладів, ПТУ ) Заклад фахової передвищої освіти «Київський фаховий медичний коледж ім.Гаврося» спеціальність «сестринська справа	Посвідчення від ____ № ____ про присвоєння вищої кваліфікаційної категорії за спеціальністю «Сестринська справа» КНП «Київська міська клінічна лікарня № 5»

13. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фахівців з реабілітації

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада, на яку буде зараховано	Основна робота або робота	Диплом (спеціальність, серія, номер,	Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації	Посвідчення про присвоєння (підтвердження)
------------------	---	--------------------------------	---------------------------	--------------------------------------	---	--

			за сумісництвом	дата видачі, ким виданий)	(спеціальність, номер, дата видачі, ким видано)	кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)
--	--	--	-----------------	---------------------------	---	--

14. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фармацевтичних працівників (фармацевтів, фармацевтів клінічних) аптечних закладів

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада, на яку буде зараховано	Основна робота або робота за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)	Сертифікат щодо проходження спеціальних щорічних навчань з питань вакцинації, правил організації і техніки проведення щеплень, а також навичок надання домедичної допомоги при невідкладних станах
------------------	---	--------------------------------	---	--	--	---	--

15. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу та фізичної особи — підприємця відповідно до запису в трудовій книжці (у разі наявності) або відомостей про трудову діяльність з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування за останні п'ять років або реквізити ліцензії (для фізичної особи — підприємця)

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Номер запису	Дата			Відомості про прийом на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України	Реквізити документа (назва, дата видачі та номер)
		число	місяць	рік		

Відсутність здійснення контролю за діяльністю КЗО «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3»

(найменування здобувача ліцензії або ліцензіата)

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України “Про захист економічної конкуренції”, та/або торговельними відносинами з резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в статті 1 Закону України “Про оборону України”, підтверджую.

Я як здобувач ліцензії (ліцензіат) поінформований, що подання недостовірних даних, що зазначені в цих відомостях на 10 аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або припинення її дії відповідно до статей 13 і 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис здобувача ліцензії,  
ліцензіата, спадкоємця або їх  
уповноваженої особи)

\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

\* Зазначається інформація виключно аптечними закладами, які проводять профілактичні щеплення.

\*\* Пункт 5 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.

\*\*\* У разі коли провадження господарської діяльності з медичної практики здійснюється за кількома адресами, інформація зазначається за кожною адресою окремо.

\*\*\*\* У разі коли за однією адресою розташовані кілька корпусів, відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення зазначаються за кожним корпусом окремо.

*{Додаток 2 в редакції Постанов КМ № 1105 від 27.12.2017, № 1034 від 05.09.2023, № 1393 від 27.12.2023; із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 213 від 27.02.2024, з урахуванням змін, внесених Постановою КМ № 536 від 10.05.2024; в редакції Постанови КМ № 781 від 02.07.2025}*